Alternativa për përdorim të përbashkët
të prototipit të IFSP-së

Qëllimi: Disa sigurues shërbimesh mund të disponojnë formularë që aktualisht i kanë në përdorim, të cilat mund të zëvendësohen me disa fletë të këtij prototipi, me kusht që çështjet me gërma korsive gërma të dukshme të zeza të përfshihen në IFSP-në e tyre. (Çështjet ***me gërma korsive gërma të dukshme të zeza të stilit Impakt*** janë kërkesa federale për një IFSP.)

Formati: Çdo fletë e këtij prototipi titullohet sipas funksionit që kryen.në bazë të informacionit që disponon fleta:

Rekomandim, futje, grumbullim të dhënash
Informacion mbi familjen/intervistë
Vlerësim
Plan
Pjesëmarrje
Shqyrtim/progres
Kalim/shkëputje/dalje

Ky prototip ka për qëllim që të lehtësojë procesin e IFSP-së dhe të përdoret si një dokument "i gjallë,,. ISFP-ja bërthamë do të përmbajë fletët e Rekomandimit, Futjes dhe Grumbullimit të të Dhënave, të Informacionit mbi Familjen, të Vlerësimit. Këto fage do të rifreskohen sipas nevojës. Fletët e Shqyrtimit/Progresit dhe të Kalimit/Shkëputjes/Daljes do të përdoren në përputhje me to.

Bashkalidhur: Përveç këtyre fletëve fagece të këtij prototip ose fageve shtesë, disa programe/shërbime mund të kene fage shtesë për të paraqitur kërkesat e tyre të veçanta.

Shënim: Ky prototip jepet si një model për një IFSP që përmbush kërkesat federale, si edhe për qëllime të grumbullimit të të dhënave. Prototipi **NUK** synon që të përfshihet tërësisht ose të përdoret detyrimisht. Formularët që përdoren lokalisht për qëllimet e *Early On®* duhet të jenë të arkivuara në dosjen e Distriktit të shkollës së nivelit mesatar që i shërben asaj zone.

Fleta e rekomandimit, futjes, grumbullimit të të dhënave Nr. i dokumentit personal _____

Plan i individualizuar për shërbime shëndetësore familjare (IFSP) për Miçiganin

Rekomanduesi për shërbimin *Early On:*_____Nr. i telefonit:_____Data:_____

EMRI LIGJOR I FËMIJËS: _____ Adresa ku banon aktualisht: _____

Datëlidja:_____ Vendlindja:_____ Nr. i sigurimeve shoqërore: _____ ☐ Mashkull ☐ Femër

Prejardhja etnike: ☐ aziatikoamerikan ☐ i zi ose afrikanoamerikan ☐ indian i Amerikës ose banor vendës i Alaskës ☐ latinoamerikan ose me prejardheje latinoamerikane ☐ i bardhë ☐ banor vendës i Havajit ose i ishujve të Paqësorit

Shqetësimet që ndien fëmija aktualisht dhe/ose diagoza:_____

Distrikti i shkollës ku banon:_____Qarku:_____

☐ **PRIND** ☐ **KUJDESTAR** ☐ **PJESËTAR I FAMILJES** ☐ **PRIND BIRËSUES**

Emri: _____

Adresa: _____Qyteti:_____Shteti:_____Kodi postar(Zip):_____

Nr. i telefonit: Gjatë ditës:_____Në mbrëmje:_____Gjuha amtare/Mjeti i komunikimit:_____

Nevoja për përkthyes: ☐ Po ☐ Jo Përkthyesi i siguruar: ☐ Po ☐ Jo

☐ **PRIND** ☐ **KUJDESTAR** ☐ **PJESËTAR I FAMILJES** ☐ **PRIND BIRËSUES**

Emri: _____

Adresa: _____Qyteti:_____Shteti:_____Kodi postar(Zip):_____

Nr. i telefonit: Gjatë ditës:_____Në mbrëmje:_____Gjuha amtare/Mjeti i komunikimit:_____

Nevoja për përkthyes: ☐ Po ☐ Jo Përkthyesi i siguruar: ☐ Po ☐ Jo

SIGURUESI PRIMAR I PLANIT SHËNDETËSOR: _____ Nr. I telefonit: _____

Adresa:_____

MBULIMET MJEKËSORE					STATUSI I PËRFITIMEVE				
	Po	Jo	Mbetur pazgjidhur	Numri		Po	Jo	Mbetur pazgjidhur	Numri
Medicaid	☐	☐	☐		SSI	☐	☐	☐	
CSHCS	☐	☐	☐		FSS	☐	☐	☐	
MI fëmijë	☐	☐	☐						
Privat (primar)	☐	☐	☐						
Privat (sekondar)	☐	☐	☐						

Pjesëtarë të tjerë të familjes (Cilësoni emrin dhe lidhjen familjare):	**Sigurues të tjerë planesh shëndetësore:**

Koordinatori I sigurimeve:_____Nr. i telefonit:_____

SIGURIMET QË MERR AKTUALISHT FAMILJA (VINI KRYQ NË KUADRAT PËR ATO QË JU PËRKASIN)									
Shkollimi:	**Data e fillimit**	**Data e mbarimit**	**Merr?**	**Plani**	**Shëndeti mendor:**	**Data e fillimit**	**Data e mbarimit**	**Merr?**	**Plani**
Early On (Pjesa C)			☐	☐	Mbështetje familjare/ Shërbimi DD			☐	☐
Shkollim i posaçëm (Pjesa B)			☐	☐	Shëndeti mendor i foshnjës/			☐	☐
Shëndeti publik:					Shërbim shtëpie			☐	☐
ËIC			☐	☐	**FIA:**				
CSHCS			☐	☐	Shërbime punësimi			☐	☐
Shërbime në ndihmë të foshnjës			☐	☐	Fonde emergjence			☐	☐
Vaksinime			☐	☐	Ndihmë sociale			☐	☐
Shërbime publike/Të tjera:					Kujdesi për fëmijën			☐	☐
Shërbime publike/Të tjera:					**Shërbime publike/Të tjera:**				

LLOJI I IFSP- së

☐ IFSP e përkohëshme/Data _____ ☐ IFSP fillestare/Data_____

☐ ***Shqyrtim 6-mujor/Data***_____ ☐ ***Vjetor/Data***_____

☐ Datë tjetër shqyrtimi _____ ☐ Datë tjetër shqyrtimi _____

Faktorë të veçantë që e vonuan IFSP-në > 45 ditë pas rekomandimit: _____

Fleta e informacionit familjar/ intervistës Nr. i dokumentit personal _____
Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Informacion familjar

Nëse familja ka dhënë pëlqimin për intervistë në "Formularin e pranimit për t'u vlerësuar":

	Burime/Potenciale të familjes	Shqetësime të familjes	Preferenca të familjes
MJEKËSOR/SHËNDETËSOR (Mjeku, Sigurimet, Vaksinimet, Të ushqyerit, Dhëmbët, Lëndët narkotike, Medikamentet që merr aktualisht, Dëgjimi, Të parit, etj.)			
SHKOLLIM Shërbime riaftësimi, Zhvillimi i aflësive, Shkolla, Kualifikimi teknik, Kolegji, etj.)			
NEVOJA MATERIALE (Transport, Strehim, Uji/Drita/Gazi, Ushqim, Veshmbathje, etj.)			
PUNËSIMI/ASPEKTI FINANCIAR (Puna, Të ardhurat, Parashikimi i buxhetit, etj.)			
ASPEKTI LIGJOR (Implikim gjyqësor për zgjidhje kujdestarie, Ndihme ligjore, Mbështetje financiare për fëmijën, Dëbime, Konflikte, etj.)			
SIGURIMI (Mjedisi natyror, Dhuna në familje, Keqtrajtimi i fëmijës/Moskujdesja, Çështje mjekësore dhe/ose Çështje të shëndetit mendor, etj.)			
ASPEKTI SHOQËROR/ I KOHËS SË LIRË/SHPIRTËROR (Shoqatat fetare, kulturore, të argëtimit, miqësore, etj.)			
ASPEKTI PSIKOLOGJIK/ EMOCIONAL (çlodhja, përshkrimi i vetvetes, marrëdhëniet familjare, shëndeti mendor, stresi, etj.)			

Klasifikoni sipas përparësisë shqetësimet/nevojat e familjes duke vendosur një numër pas çdo çështjeje në kolonën e shqetësimeve të familjes.

Fleta e vlerësimit Nr. i dokumentit personal _____

Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Mosha kronologjike:_____ Mosha e rregulluar në bazë të nivelit të zhvillimit:_____

Statusi aktual I zhvillimit të fëmijës

Opinioni klinik për të përcaktuar të drejtën e pëfitimit të shërbimeve duhet të mbështetet në tërësinë e të 4 burimeve të mëposhtëme të informacionit.Nëse e drejta e përfitimit është përcaktuar në mungesë të njërit apo më shumë prej këtyre burimeve, vini kryq në kuadratin apo kuadratët përkatës dhe jepni arsyen përse nuk u përdor ky burim:

_____

❑ Historia e zhvillimit ❑ Statusi i shëndetit ❑ Mbikqyrja e prindit dhe fëmijes ❑ Vlerësimi i zhvillimit

Jepni përgjigje për të gjitha pikat e kësaj tabele.

Fusha	Niveli aktual i zhvillimit		Mënyra/Mjeti – Personi që plotësoi formularin (Emri/Funksioni)	Prioritetet e familjes
	Data/Informacion nga prindi	Data/Informacion nga një person i kualifikuar		
Shëndeti ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Dëgjimi ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Të parit ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Lëvizjet motorike të lehta ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Lëvizjet motorike të trasha ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Aftësia njohëse/të menduarit ethellë ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Komunikimi ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Aspekti shoqëror/ emocional ❑ shih hollësitë bashkangjitur				
Të përshtaturit/ mbështetja në forcat e veta ❑ shih hollësitë bashkangjitur				

Planifikimi i vlerësimit:

Ku duhet të organizohet planifikimi dhe kur? _____

Nëse do të ftonit dikë, cilin do të dëshironit të ishte i pranishëm?_____

Çfarë do t'ju ndihmonte për t'u përgatitur për vlerësimin? _____

Fage e planit Nr. i dokumentit personal _____

Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Rezultati Nr.: _____

DEKLARATA E QELLIMIT/REZULTATIT – Çfarë do të dëshironim të shihnim tek kjo fëmijë/familje.

STATUSI AKTUAL – Çfarë po ndodh tani?

CILAT JANË MASAT (objektivat) për arritjen e këtij rezultati?

Afati i parashikuar

Strategjitë/metodat që do të ndiqen për arritjen e këtij rezultati në rutinën dhe aktivitetet e përditëshme të kësaj fëmije e të familjes. Si do ta kuptoni që e keni arritur qëllimin?

Personat që do të bashkëpunojnë.

Shpjegoni si dhe përse nuk mund të arrihet rezultati i fëmijës në mjedisin natyror të fëmijës me mbështetje suplementare, përfshirë alternativat që tashmë janë shgyrtuar.

Kodi i shërbimit	***Inicialet e emër mbiemrit të prindit***	***Frekuenca (Sa shpesh?) Intensiteti (Sa gjatë?)***	***Individ ose Grup***	***Data e fillimit***	***Data e mbarimit***	***Kodi i vendodhjes***	***Kodi i financimit***

Shërbime të tjera

Brenda mundësive, IFSP-ja duhet të dokumentojë shërbime që nuk kërkohen apo mbulohen nga Pika C. Renditja e shërbimeve që nuk kërkohen nuk nënkupton që këto shërbime duhet të sigurohen; megjithatë, identifikimi i tyre shërben si për familjen ashtu për koordinatorin e shërbimeve për të ndihmuar për sigurimin e këtyre shërbimeve, përfshirë ato nga burime shtetërore ose private. Këto shërbime duhet të përkojnë me rezultate tashmë të identifikuara të familjes.

Shërbimi	**Rezultati Nr.**	**Data e fillimit Dita/muaji/viti**	**Kohëzg-jatja**	**Informacion i siguruesit të planit**	***Kodi i financimit***

Fleta e shqyrtimit/progresit Nr. i dokumentit personal _____
Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Përmbledhje e rezultatit/i qëllimit Nr._____duhet të kryhet të paktën çdo gjashtë muaj **OSE** më shpesh nëse familja bën kërkesë për shqyrtim për të përcaktuar nivelin e progresit në drejtim të arritjes së rezultateve dhe nëse lind nevoja për ndryshime apo rishikim të rezultateve ose shërbimeve. Ekipi do të përdorë matësin e mëposhtëm për të vlerësuar progresin:
1 – Situata ndryshon, rezultati nuk nevojitet 2 – Situata e pandryshuar, përsëri nevojitet rezultati 3 – Rezultati pjesërisht i arritur 4 – Rezultati i arritur plotësisht
Data e rishikimit:

Përmbledhje e progresit	Vlerësimi i ekipit	***Ndryshime/Rishikim***

☐ Mora pjesë në shqyrtimin e këtij rezultati.

Inicialet e emër mbiemrit të prindërve

Fleta e pjesëmarrjes Nr. i dokumentit personal _____
Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Ekip zhvillimi i IFSP-së dhe kontributorët

Në takimet e IFSP-së duhet të marrin pjesë prindi ose prindërit, pjesëtarë të tjerë të familjes sipas kërkesës së prindit, një jurist ose person jashtë familjes sipas kërkesës së prindit, koordinatori i shërbimit, personi ose personat që marrin pjesë drejpërdrejt në kryerjen e vlerësimeve dhe përllogaritjeve dhe, sipas rastit, persona që do t'u sigurojnë shërbime fëmijës ose familjes.

Emri dhe funksioni me gërma shtypi	Firma	Agjencia (nëse ka)	Nr. i telefonit

Miratim nga prindi:

- ☐ Kam nënëshkruar një autorizim të posaçëm që informacionin ta përdorin edhe agjenci të tjera.
- ☐ Kam ndihmuar për hartimin e këtij plani. Planin e kam të qartë dhe jam dakord me përmbajtjen e tij. Jam dakord me secilin prej shërbimeve ku kam vënë inicialet e emër mbiemrit.
- ☐ *Early On* më është shpjeguar, përfshirë edhe të drejtat që më takojnë.
- ☐ Nuk jam dakord me këtë IFSP.

Firma e prindit_____ Data_____

Firma e koordinatorit të shërbimit_____ Data_____

Plani më tutje do të shqyrtohet nga _____(data). Shqyrtimi duhet të kryhet të paktën çdo gjashtë muaj **OSE** më shpesh nëse famlja bën kërkesë për shqyrtim.

Fleta e kalimit/shkëputjes/daljes Nr. i dokumentit personal _____
Emri i fëmijës:_____Datëlindja_____Data:_____

Planifikimi i tranzicionit

IFSP-ja duhet të hartojë masat që duhen marrë për të mbështetur kalimin e fëmijës në, nëpër dhe jashtë sistemit të Early On të ndërhyrjes me kohë. Kjo pjesë mund të përgatitet gjatë një shqyrtimi apo vlerësimi periodik të IFSP-së ose në periudha të tjera sipas rastit. Në aktivitetet e kalimit futen diskutimet me prindërit dhe kualifikimi i tyre në lidhje me regullime, procedura të mëvonëshme për të përgatitur fëmijën, familjen dhe siguruesit e shërbimeve për këto ndryshime. Me miratimin e prindit, informacioni mbi fëmijën do të përdoret nga edhe sigurues të ardhshëm për të garantuar vazhdimësinë e shërbimeve dhe për të ndihmuar planifikimin. **Kërkesat e kalimit duhet të shtrihen në kuadrin e një rezultati brenda IFSP-së për të siguruar hollësira më specifike.**

Çfarë aktiviteti nevojitet?	Data e fillimit	Kush është përgjegjës?	Data e kryerjes
Filio diskutimin e procesit të tranzicionit me familjen			
Shqyrto përparimin e fëmijës			
Identifiko vendodhjet aktuale dhe rutinën/ aktivitetet e përditëshme			
Diskuto alternativat për famijën: • shkollim i veçantë • avantazhet • terapi/konsultim-sigurues privatë • programe të fëmijërisë së herëshme • aktivitete mësimore ditore me bashkësinë			
Vizito ambjente/programe të mundshme përpara se të bëhet zgjedhja			
Vendos për rregullimin/programin e ardhshëm të fëmijës			
Bisedo me fëmijën për këtë tranzicion			
Përgatit një listë me pyetje për stafin e ri			
Përgatit një informacion me shkrim rreth fëmjës, i cili që do t'i vlejë stafit të ri			
Me lejen me shkrim nga prindi, përcillni informacion të specifikuar stafit të ri			
Sigurues të ambjentit/programit të ri vizitojnë familjen			
Visito ambjentit/programin e ri me fëmijën dhe takohu me stafin e ri.			
Nënëshkruaj formularin që autorizon kalimin e dosjes Early On® të fëmijës			
Merr pjesë në takime me stafin e ambjentit/ programit aktual dhe atij të ri			
Fëmija fillon në/programin e ri			
Stafi i vjetër mban, sipas rastit, lidhje me familjen pas fillimit të aktiviteteteve të reja			

Data e kalimit_____Në ç'vend kaloi_____

*Mënyrë e ofrimit të shërbimeve të ndërhyrjes me kohë**

Alternativat e shërbimit të ndërhyrjes me kohë	***Vendodhja***	***Kodi i financimit***
16 – Teknologji mbështetëse	31 – Shtëpi	A. WIC (Gratë, Foshnjet dhe Fëmijët)
01 – Shërbime dëgjimi	33 – Program për fëmijë tipikë	B. ISS
02 – Kualifikim dhe këshillim i familjes, vizita shtëpie	34 – Vendodhja e siguruesit të shërbimit (shërbim ambulator)	C. Shkollimi i Posaçëm
03 – Shërbime shëndetësore	35 – Program për fëmijë të vonuar/ me paaftësi	D Early On
04 – Shërbime mjekësore diagnostike	36 – Spital (shërbim hospitalor)	E Sigurimet Private
05 - Shërbime përkujdesi	37 – Shtëpi	F. Medicaid
06 – Këshillim në drejtim të të ushqyerit	38 – Rregullim tjetër _____	G. FIA (Agjencia e Pavarësisë Familjare)
07 – Terapi profesionale		H. Familja
08 – Terapi fizike		I. CSHCS
09 – Shërbime psikologjike		J. CMH (Shëndeti Mendor i Bashkësisë)
10 – Bashkërenditje e shërbimeve		K. MI fëmijë
13 – Udhëzim i veçantë		L. Tjetër _____
12 – Punë shoqërore		
14 – Të folurit/ gjuha		
11 – Transporti		
17 – Shërbime të të parit		
15 – Shërbime të tjera EI _____		

*Shërbimet e ndërhyrjes me kohë duhet të plotësojnë kërkesat e fëmijës dhe ato të familjes për nxitjen më tej të zhvillimit të fëmijës dhe të mbështeten në rezultatet e arritura. Shërbimet përzgjidhen në bashkëpunim me prindërit dhe sigurohen nga një personel i kualifikuar në përputhje me IFSP-në. **Familjet vënë inicialet e emër mbiemrit pranë çdo shërbimi për të cilin bien dakord.**